

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° 363

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri BLEYNIE

Né le 9 Août 1910, à LIMOGES (Haute-Vienne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

CÉSARIENNE SEGMENTAIRE
A CUL-DE-SAC

Président : M. JEANNIN, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri BLEYNIE

Né le 9 Août 1910, à LIMOGES (Haute-Vienne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

CÉSARIENNE SEGMENTAIRE
A CUL-DE-SAC

Président : M. JEANNIN, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Chimie médicale	.....
Bactériologie	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie médicale et générale	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Histologie	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Thérapeutique	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....

Pathologie expérimentale et comparée	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....

Clinique médicale	
-------------------	-------

Hygiène et clinique de la première enfance	.....
Clinique des maladies des enfants	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....

Clinique chirurgicale	
-----------------------	-------

Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique	.....

Clinique d'accouchements	
--------------------------	-------

Clinique gynécologique	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique de neuro-chirurgie	.....
Clinique cardiologie	.....
Assistance médico-sociale	.....

Professeurs sans chaire	
-------------------------	-------

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-
LAVASTINE.
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
N...
HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	 Pathologie chirurgicale.
BARIETY	 Pathologie médicale.
PENARD Henri	 Pathologie médicale.
BERNARD Et.	 Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	 Hydrologie.
BOULIN	 Pathologie médicale.
BULLIARD	 Histologie.
CATHALA	 Pathologie médicale.
COSTE	 Pathologie médicale.
CHEVALLIER	 Pathologie médicale.
DOGNON	 Physique.
FUNCK-	
BENTANO	 Pathologie chirurgicale.
FEY	 Urologie.
GAILLARD	 Parasitologie.
GASTINEL	 Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	 Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	 Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-.....	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD.....	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-.....	
BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
NEVEU-.....	
LEMAIRE..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULE		
CPABROL		
DONZELOT ...		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR- VAL-.....		
LERY-RADOT..		
SEZARY		

MM.

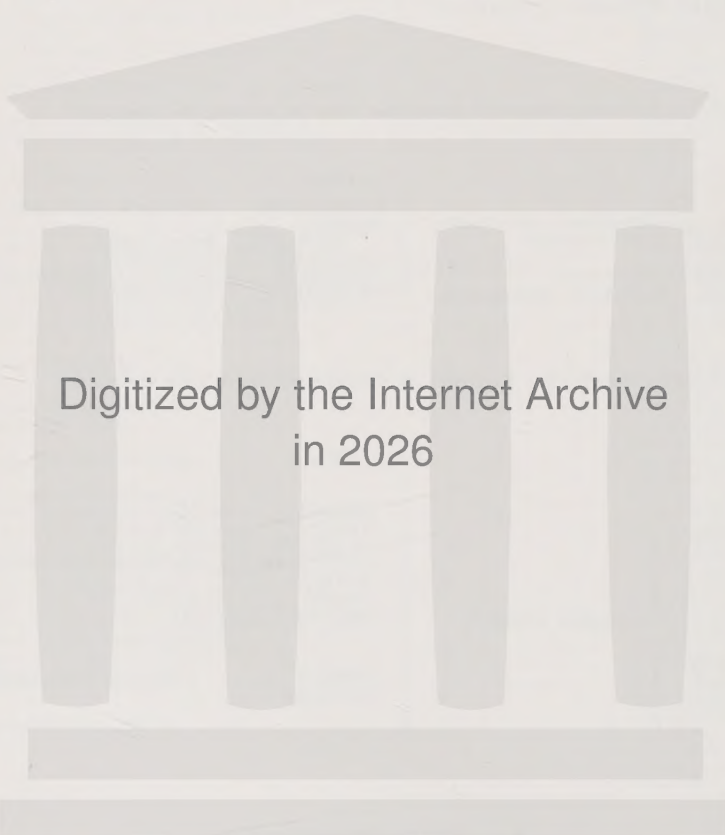
BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER ...		
MOURE		
QUENU		
VELTER		
ECALLE	} Clinique obstétricale	
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARDE	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE

DE MON ARRIERE GRAND-PERE

LE DOCTEUR PIERRE-ADOLPHE BLEYNIE

Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges

ET DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR FRANCIS BLEYNIE

Professeur à la Maternité de Limoges

A MON PERE

LE DOCTEUR PIERRE BLEYNIE

MEIS ET AMICIS

A MA FEMME

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

*Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier*

A TOUS MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE LIMOGES
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

Contribution à l'étude de la Césarienne segmentaire à cul-de-sac

INTRODUCTION

Ce travail a pour but de prouver, à l'aide d'observations recueillies dans le service d'accouchement de la Pitié et à la Clinique Tarnier, que, chez une femme en travail depuis plus ou moins longtemps avec poche des eaux rompue et alors que le contenu utérin est franchement infecté, la Césarienne basse avec exclusion du Segment inférieur et Mickulicz réalise l'opération la plus propice à un rétablissement rapide, sans risque de péritonite primitive ou secondaire par suite de la protection efficace de l'abdomen.

Dans un premier chapitre seront condensées les différentes techniques des Césariennes corporéales émises sur ce sujet. Un bref rappel anatomique de la région intéressant la Césarienne segmentaire et l'étude des nombreux procédés décrits composeront le second. Puis, après la description de la technique de la Césarienne basse avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz, je grouperai les observations qui me permettront de dégager les conclusions de cette thèse.

Mais avant d'entrer dans mon sujet, je veux accomplir ici un devoir de reconnaissance. J'adresse mes remerciements très sincères à Monsieur le Professeur JEANNIN qui, après m'avoir accueilli à la Clinique Tarnier, a bien voulu m'honorer en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

CESARIENNE CORPOREALE

Pendant très longtemps, jusque vers 1907, la Césarienne corporeale tardive fut la seule opération usitée pour délivrer les femmes en travail depuis un certain temps. Actuellement elle est généralement abandonnée, ses risques, tant au cours de l'intervention que durant le post-partum, étant nombreux : souillure du péritoine et des anses intestinales, au moment de l'incision utérine, par le sang de la tranche, par le liquide amniotique après l'ouverture de l'œuf, par l'extraction du fœtus et du placenta ;

— risque de péritonite tardive par suintement des liquides septiques qui peuvent sourdre à travers les points de suture désunis par les alternatives de contraction et de relâchement du corps utérin ; par l'existence de germes ascendants ; enfin l'utérus en involution, mal soutenu et se déplaçant dans l'abdomen, risque d'infecter le péritoine et l'intestin grêle.

De nombreux procédés furent mis en œuvre par les défenseurs de la Césarienne corporeale pour tâcher d'éviter cette infection, procédés dont les uns sont employés couramment et consistent en l'extériori-

risation de l'utérus avant l'hystérotomie et en protection par des champs abdominaux et par la pose de pinces de MUSEUX fermant la cavité abdominale sous l'utérus ; usage d'antiseptiques et changement de gants et d'instruments après la fermeture utérine ; dont les autres, moins utilisés, consistent en l'habillage utérin par un champ de toile (ZARATE, DERVAUX) ou de caoutchouc (MAGALAES), l'extraction du placenta par voie basse (HENROTAY et MUNRO-KEHR) mais nécessitant un deuxième aide.

Ces procédés, s'ils luttent efficacement contre l'infection primitive, n'enrayent en rien la marche de l'infection secondaire. Aussi les opérateurs ont-ils recherché des modifications qui se sont révélées inefficaces.

- Péritonisation de la suture (FABRE, LE LORIER, ZARATE, BROUHA).

— Recouvrement de la cicatrice par l'épiploon.

- Drainage par le vagin (ROLINDO) ou par l'abdomen (ROSENFELD, LEPAGE, ZARATE).

Modifiant la technique classique mais utilisant comme elle l'incision corporéale, LESTOCQUOY, en 1867 pour la première fois, fit une véritable extériorisation de la cicatrice que la technique de KOUWER améliora encore. Sans contester les avantages réels dus à l'opération extra-péritonéale, elle présente de graves inconvénients : un deuxième temps est nécessaire pour libérer la solidarité utéro-pariétale qui, si elle n'est pas faite, constitue une véritable hystéropexie non sans inconvénients pour l'avenir ;

et, si l'affection s'aggrave, danger et difficulté d'une hystérectomie secondaire.

PORTES, en 1923, fut le premier à tenter l'extériorisation de l'utérus dont l'idée revient à GOTTHALCK. Ses avantages sont certains : la cavité péritonéale et le tissu cellulaire sous-péritonéal sont à l'abri de toute infection d'origine utérine; et si l'infection évolue après l'évacuation de l'utérus, l'hystérectomie nécessaire est facilement réalisable. Mais l'état de shock fréquent après le premier temps, les suites opératoires pénibles, l'utérus involuant plus lentement hors du ventre et la nécessité d'un deuxième temps sont des inconvénients que l'on ne doit pas négliger. Cette opération semble devoir être réservée aux cas d'infection atténuée.

CHAPITRE II

RAPPEL ANATOMIQUE ET TECHNIQUE DES CESARIENNES SEGMENTAIRES CLASSIQUES

Avant de passer à l'étude de la Césarienne segmentaire, faisons un bref rappel anatomique de la région afin de pouvoir mieux envisager les avantages et les inconvénients de cette méthode et des différents procédés tentés pour la perfectionner.

Après l'incision partant de l'ombilic et allant au niveau du pubis, l'opérateur, après avoir récliné les muscles droits latéralement, arrive sur le péritoine qu'il peut aisément décoller des feuillets sous-jacents. Il trouve aussi la vessie qui normalement, chez une femme non gravide, est dans le bassin, mais qui, pendant la grossesse et surtout à la fin de celle-ci, est vraiment ectopique couvrant la région sous-ombilicale et remontant parfois très haut.

Or, pendant la grossesse, l'imbibition gravidique permet de dissocier la vessie de son péritoine et cette zone décollable augmente à l'approche du terme. Ce décollement est réalisable en bas et sur les côtés

mais non au sommet au niveau de l'insertion de l'ouraque.

En arrière, la vessie n'est plus attachée à la partie segmentaire de l'utérus que par des adhérences très lâches, alors qu'elle adhère fortement au vagin, ce qui permet un bon clivage vésico-utérin avec, au fond de ce véritable fossé formé par le cul-de-sac, les plexus vésicaux. Mais la musculature utérine se prête-t-elle à l'exclusion qui permettra, après la suture, de ne constater aucun rapport entre l'utérus et la cavité abdominale?

Afin d'obtenir un bon résultat il faut placer deux plans de sutures car, si l'on se contente d'un seul, de nombreux petits pertuis persistent par où l'infection se propagera; un deuxième plan servira à enfouir le premier.

Au niveau du corps utérin, cet enfouissement est possible mais difficile car les plans musculaires ne se clivent pas aisément les uns sur les autres. Au contraire cette opération se fera avec facilité sur le segment inférieur. En effet celui-ci est plus ou moins développé à la fin de la grossesse, suivant la présentation et le degré d'engagement; il apparaît nettement pendant le travail. L'utérus présente, à ce moment, deux parties très différenciées, séparées par l'anneau de BANDL, l'une le corps organe actif, l'autre le canal cervico-segmentaire purement passif, s'étirant en hauteur et diminuant d'épaisseur. Au point de vue structure, il est formé surtout de tissu conjonctif avec prédominance d'éléments élastiques, les fibres

musculaires ne se trouvant que dans la couche externe où elles se terminent en faisceau longitudinal.

La Césarienne sur le segment inférieur se heurtera donc à deux obstacles : la vessie et les vaisseaux ; parfois des adhérences viendront compliquer l'opération et le péritoine pourra se déchirer, mais la moyenne des conditions anatomiques semble excellente.

Dès 1908, SELHEIM, en Allemagne pratiqua la première opération sur le segment inférieur ; mais ce ne fut qu'en 1921 que SCHICKELE, à Strasbourg, essaya pour la première fois en France cette technique qui fut parfaitement réglée par BRINDEAU. Si les dangers de péritonite primitive sont aussi grands que dans la Césarienne corporéale, durant le post-partum les conditions favorables l'emportent de beaucoup. Il est évident que la protection contre l'infection se trouve réalisée d'une façon plus efficace par suite de la superposition de différents plans sur la suture segmentaire ; celle-ci en effet ne bouge pas, le segment inférieur n'étant pas soumis au brassage des contractions utérines, donc la coaptation des tranches minces de la plaie sera parfaite et ne laissera rien sourdre et cette suture se trouve recouverte par un surjet d'enfouissement, par la vessie facilement fixée et enfin par le péritoine très mobile, facilement décollable, incise transversalement.

Mais quelques conditions sont défavorables :

— le tissu cellulaire pelvien est exposé ici à l'infection;

— la morbidité est assez considérable par suite du voisinage des gros plexus veineux.

— l'opération reste transpéritonéale.

De l'examen des avantages et des inconvénients de la Césarienne basse, il résulte que cette opération est excellente dans les cas non infectés ou pendant le travail sans signes cliniques d'infection, même si les membranes sont rompues depuis longtemps; mais elle est nettement insuffisante dans les cas franchement infectés.

De nombreux auteurs ont essayé différents procédés susceptibles de perfectionner la Césarienne sur le segment inférieur. Les uns utilisaient les procédés extra-péritonéaux, abandonnés à l'heure actuelle pour les méthodes transpéritonéales.

A. — *Procédés extra-péritonéaux.* — SELLHEIM décolle le cul-de-sac vésico-utérin par voie médiane; LAZKO, DODERLEIM et FREUND l'abordent latéralement; SOLMS incise par voie vaginale. Par ces méthodes, la grande séreuse est entièrement en dehors de la zone opératoire, d'où protection efficace contre la péritonite tant primitive que secondaire. Mais avantage théorique, car la multiplicité des inconvénients de cette césarienne extra-péritonéale la rend pour ainsi dire impossible.

En effet, sa technique, plus longue à exécuter, ne met nullement à l'abri d'une déchirure du péritoine

qui enlève à l'opération tout le bénéfice de cette méthode, déchirure se produisant soit pendant le décollement de la séreuse, soit au moment de l'extraction de l'enfant au point où le péritoine adhère intimement aux tissus.

Cette opération est fertile en incidents ou accidents tels que déchirure de la vessie et surtout hémorragies diffuses par lésions des plexus veineux vésicaux. Enfin le tissu cellulaire pelvien peut être le siège d'une infection secondaire aussi grave que l'infection primaire.

Nombreux sont les auteurs qui, après avoir utilisé ce mode opératoire, ont préféré ou préfèrent la méthode transpéritonéale.

B. — *Procédés transpéritonéaux.* — Ils comportent l'ouverture du péritoine pariétal et sa suture au péritoine utérin. Leur nombre est important, mais ils sont très peu dissemblables entre eux, ne variant que par les incisions de la paroi abdominale, du péritoine et du segment inférieur.

Certains ne réalisent qu'une exclusion temporaire du segment inférieur, rétablissant l'anatomie normale par une suture d'adossement; or, cette suture, sans drainage du foyer opératoire, n'empêche nullement l'infection de la grande cavité péritonéale, car, au cours de l'intervention, le péritoine peut être souillé. Donc l'organisme, préservé de l'infection primitive, n'est pas à l'abri de l'infection secondaire, surtout s'il s'agit d'un cas probablement infecté et encore plus d'un cas où l'infection est nettement déclarée.

C'est pour cette raison que SELLHEIM a préconisé l'extériorisation de la brèche utérine, procédé qui présente les mêmes inconvénients que l'exclusion de la suture sur le corps et on sait l'ennui et la difficulté de ces opérations en deux temps.

Ces méthodes s'étant montrées très insuffisantes par suite de la non-garantie contre l'infection, du mauvais drainage ou de son absence, fallait-il recourir à l'hystérectomie mutilatrice ?

CHAPITRE III

LA CÉSARIENNE SEGMENTAIRE A CUL-DE-SAC

M. le Pr. JEANNIN, se basant sur le fait que l'on peut isoler la cavité abdominale par la formation d'un cul-de-sac péritonéal avec drainage par un Mickulicz, réalisa, pour la première fois, en 1925, à la Maternité de la Pitié, la césarienne segmentaire avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz qui lui parut convenir plus particulièrement chez les parturientes présentant une infection ovulaire.

Il cherche à protéger la femme contre l'infection tant primitive que secondaire par une opération en un seul temps, sans suites opératoires pénibles et sans troubles de la fonction de reproduction.

Pour arriver à ce résultat, M. le Pr JEANNIN, conservant l'incision segmentaire à cause de ses nombreux avantages, extrait le fœtus et le placenta dans une véritable poche formée par la suture du péritoine pariétal au péritoine utérin, poche empêchant les anses intestinales de venir s'infecter au contact de l'incision segmentaire et au liquide amniotique de remonter dans la cavité abdominale.

Cette intervention, pour être véritablement efficace, ne doit pas être terminée par la fermeture de la paroi sur un milieu infecté. Il faut : « créer au tour de la suture utérine un espace où l'on pourra appliquer et maintenir en place un sac de Mickulicz qui absorbera et drainera les sécrétions et le suintement de liquide filtrant entre les points de la suture utérine » (CHOMÉ).

Nous allons, maintenant, nous attacher à la description de la technique employée actuellement à la Clinique Tarnier par M. le Pr. JEANNIN et ses collaborateurs, MM. les Drs CHOMÉ et MERGER.

L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, allant de l'ombilic au pubis, ira jusqu'à la ligne blanche exclusivement. Puis, dans un deuxième temps, parallèlement à cette première incision, mais à environ un demi-centimètre de la ligne médiane, afin de laisser intacte la ligne blanche qui restera unie au fascia transversalis, on ouvre la gaine des muscles droits jusqu'à son feuillet postérieur. Entre la face postérieure des muscles droits et la face antérieure du fascia transversalis se trouve un espace que l'on décolle facilement à la compresse ou au doigt. Ce décollement semble plus facile et moins délicat que celui utilisant l'espace sous-péritonéal proprement dit, entre le péritoine et le fascia transversalis. Autre avantage de cette manœuvre : elle est exsangue.

Il est inutile de pousser trop loin ce décollement latéral, grâce à l'utilisation au temps suivant de

l'incision oblique qui portera à la fois sur le fascia transversalis et le péritoine pariétal.

Après section sur la ligne médiane, un peu au dessus du milieu de la distance ombilico-pubienne, on poursuit l'incision obliquement en bas et en dehors, des deux côtés, vers les deux orifices inguinaux profonds, sans la pousser jusqu'à ce niveau, afin de ne pas risquer une blessure de la crosse de l'artère épigastrique qui contourne cet orifice inguinal. L'incision se trouvera ainsi en-dessous de la portion ascendante de cette artère qui suit la ligne ombilic-orifice interne du canal inguinal.

On aura ainsi obtenu une incision en V renversé, laissant un jour suffisamment large, la paroi et les muscles droits étant maintenus réclinés des deux côtés par les écarteurs de HARTMANN.

Parallèlement au V constitué par le péritoine pariétal uni au fascia transversalis, on incise ensuite le péritoine pré-utérin sans atteindre les pédicules vasculaires latéro-utérins.

Cette zone de péritoine pré-segmentaire, nous l'avons vu, ne présente qu'un endroit très adhérent, au niveau de la ligne de solide attache. Sans aucune difficulté, le décollement s'effectuera latéralement et en bas sur les lambeaux : supérieur et inférieur. Il sera prolongé et complété par le décollement de la vessie.

Pendant cette manœuvre, les deux lambeaux inférieurs : fascia transversalis accolé au péritoine

pariétal et péritoine pré-segmentaire seront provisoirement réunis par une pince en cœur.

La face antérieure du segment inférieur se trouve à nu, suivant une surface losangique.

Le temps suivant que nous allons décrire est le plus important de tous ceux que comporte l'opération, puisque sa bonne exécution doit interdire les progrès de l'infection, qu'elle soit primitive ou secondaire : il consiste dans la suture des deux péritoines.

Afin qu'elle soit facile et correcte « il faut que les
« incisions des deux feuillets péritonéaux soient pa-
« rallèles. L'incision longitudinale s'y serait mal
« prêtée, la présence de la vessie ne permettant pas
« d'inciser assez loin le péritoine utérin. Primitive-
« ment, nous faisons une incision franchement trans-
« versale, mais elle demandait un écartement con-
« sidérable des muscles droits, difficile à mainte-
« nir pendant l'opération. C'est pour obvier à ces
« inconvénients que nous avons adopté l'incision en
« V renversé qui ne bride pas du tout le champ opé-
« ratoire et ne réclame qu'un écartement modéré
« des droits » (CHOMÉ).

Cette suture, devant fermer et isoler la grande cavité péritonéale, devra donc être faite aussi minutieusement que possible, en évitant toute manœuvre susceptible de provoquer une déchirure toujours facile du péritoine et c'est cet écueil à éviter, surtout au moment de la distension forcée due à l'extraction de la tête fœtale, qui a suggéré à M. le Dr CHOMÉ

l'idée de réunir le fascia transversalis au péritoine pariétal pour renforcer ce dernier.

Ce seront surtout les sutures des lambeaux supérieurs qui retiendront l'attention de l'opérateur. Au début de la pratique de cette méthode, deux surjets de catgut séparés, un pour chaque côté, étaient placés les points à environ cinq millimètres les uns des autres, en évitant le froncement du péritoine qui rétrécissait la ligne de suture. Pour cela, l'aide devait maintenir et non tirer le surjet.

Actuellement, M. le Pr. JEANNIN et ses collaborateurs ont substitué les points de catgut séparés au surjet, placés à la même distance d'un demi-centimètre, évitant ainsi tout froncement et réduisant la quantité de catgut à résorber.

En arrivant aux points extrêmes, il est bon, pour assurer une parfaite étanchéité de la grande cavité abdominale, de placer quelques points sur le péritoine du ligament rond facilement accessible.

Les deux lambeaux inférieurs, afin d'avoir une laxité suffisante et pour ne pas brider par des sutures la surface segmentaire, ne seront réunis que par trois points de catgut séparés. Il est inutile, en effet, de faire comme pour les lambeaux supérieurs, car si les sutures de ces derniers sont correctement effectuées, elles descendent latéralement plus bas que les culs-de-sac vésico-utérins qui sont toujours haut situés sur l'utérus gravide à terme et ne laissent qu'un espace virtuel sans communication avec la grande cavité.

Après l'hystérotomie sur le segment inférieur par incision longitudinale et l'extraction du fœtus et du placenta, on suture l'utérus au catgut en deux plans, le second enfouissant le premier.

Le temps suivant, sans présenter aucune difficulté, doit être exécuté avec soin; il consiste à placer un sac de Mickulicz garni d'une ou deux mèches au-devant de la suture utérine, la recouvrant tout entière, sous le lambeau péritonéal inférieur et sous la vessie. Il se trouve donc dans la cavité virtuelle créée par l'opérateur, bien maintenu et ne risque pas, comme au cours d'une césarienne segmentaire classique, d'être énucléé. On réalise ainsi une exclusion permanente pendant les suites de couches.

La fermeture de la paroi se fait en deux plans : plan aponévrotique et plan cutané. Le premier reconstituera la ligne blanche en prenant dans l'aiguille l'aponévrose du grand droit du côté gauche, la ligne blanche restée accolée sur la ligne médiane au fascia transversalis et l'aponévrose du grand droit du côté opposé.

La pratique de l'intervention a permis à M. le Professeur JEANNIN et à ses collaborateurs de préciser les avantages suivants :

— Les risques de péritonite primitive sont inexistants par suite de la fermeture parfaite de la grande cavité qui interdit aux anses intestinales de se mettre en contact avec le champ opératoire au cours de l'intervention.

— Après l'intervention, l'anatomie normale n'ayant

pas été rétablie, la grande cavité reste en dehors de la zone infectée. L'infection du tissu cellulaire n'est pas à craindre, puisque les espaces cellulaires n'ont pas été ouverts. Les liquides sont enfin absorbés par le Mickulicz : les risques de péritonite secondaire paraissent donc peu importants.

— La fonction de reproduction reste intacte. En effet, une nouvelle grossesse étant survenue chez trois des opérées : Deux accouchèrent artificiellement au forceps, avec pose de lacs; sur la troisième, M. RICHARD pratiqua une césarienne segmentaire itérative à terme sans difficulté.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mme M... Suzanne, I pare, 26 ans.

Entre à la salle de travail le 9 février 1932, pour contractions utérines douloureuses. Perte des eaux au début du travail.

Le 11 février, la température étant à 39°, on décide d'intervenir (MM. JEANNIN, Mlle GAUTHERON).

Extraction d'un enfant né vivant, mort à 24 heures.
Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 2

Mme B... Claire. I pare, 22 ans.

Le 3 avril 1932 : entre à la salle de travail pour contractions utérines douloureuses. L'examen montre un bassin généralement rétréci.

Après un travail de 36 heures, la poche des eaux étant rompue dès le début, on décide l'intervention (MM. JEANNIN, MERGER).

Extraction d'une fille vivante, pesant 3.500 gr.

Les suites opératoires sont légèrement fébriles; la femme sort en bon état le 1^{er} mai.

Revue en 1933, cette femme présente un utérus fixé en avant, comme après une hystéropexie isthmique.

OBSERVATION N° 3

Mme P... Rosalie. I pare. 22 ans.

Admise à la salle de travail le 27 juillet, l'examen montre un bassin rétréci. On intervient le 28 après 21 heures de travail, la poche des eaux étant rompue depuis 12 heures et la température étant à 39° (M. CHOMÉ, Mlle GAUTHERON).

Extraction d'un garçon vivant pesant 4.500 gr.

Suites opératoires rapidement apyrétiques.

La femme sort de l'hôpital le 16 août.

OBSERVATION N° 4

Mme V... Mathilde, I pare, 29 ans.

Marche à un an.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans.

Présente quelques stigmates de rachitisme.

Dernières règles 9 au 14 novembre 1931.

Entre à la salle de travail le 8 août 1932.

Après 48 heures de travail, la poche des eaux étant rompue, l'examen ayant montré une disproportion fœto-pelvienne marquée et un col œdédié, avec une dilatation de 2 fr., on décide d'intervenir (M. CHOMÉ, Mlle BÉGNER). Température à 38°.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.530 gr.

A partir du sixième jour, la température est à 37°.

La femme sort de la maternité le 28 août complètement rétablie.

OBSERVATION N° 5

Mme B... Marguerite, I pare, 32 ans.

Nourrie au sein.

Régulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans.

Antécédents pathologiques : rhumatisme.

Dernières règles du 2 au 7 janvier 1932.

Entre à la salle de travail le 7 octobre 1932.

Examen d'entrée :

— Tête en bas mobile.

— Dos à gauche.

— Bruits du cœur ++.

— Col perméable.

— Promontoire atteint à 9 cm. 5.

On se trouve en présence d'un bassin plat et, après une longue épreuve du travail, on décide l'intervention (MM. CHOMÉ, MERGER), le 8 octobre.

Extraction d'une fille vivante pesant 3410 gr.

Les suites opératoires furent normales, la température descendant à 37° le troisième jour.

Sortie de l'hôpital le 28 octobre.

En 1934, nouvelle grossesse. Mme B... est admise à la salle de travail le 26 février 1935. On extrait un enfant vivant par une prise de forceps.

OBSERVATION N° 6

Mme V..., I pare.

Admise à la salle de travail le 4 mai 1933, est opérée 36 heures après la rupture de la poche des eaux par MM. MERGER et ESQUIROL.

Extraction d'un enfant vivant.

Suites opératoires excellentes.

Sortie de la maternité le 20 mai.

OBSERVATION N° 7

Mme V... Anna, I pare, 27 ans.

Dernières règles du 8 au 12 septembre 1932.

Admise au dortoir le 19 juin 1933, à 13 h. 30.

— Tête mobile, tendant à se fixer.

— Dos à gauche. Bruits du cœur ++.

Le 20, à 21 heures, passage en salle de travail.

— Dilatation : 5 fr.

21 juin :

8 h. 15 : Dilatation 5 fr.; poche des eaux intacte.

11 h. 45 : Rupture spontanée de la poche des eaux.

Liquide teinté.

16 heures : Dilatation petite paume. Tête mobile.

22 heures : Même dilatation. Tête en transverse.

Bruits du cœur ++.

Température 37°6.

22 juin :

7 heures : Contractions utérines irrégulières.

Bruits du cœur ++.

Œdème du col — 1 spasalgine.

Température : 37°3; pouls : 84.

11 heures : Disproportion fœto-pelvienne.

Promontoire accessible à 11 cm. 3.

Bruits du cœur ++.

Température : 37°3.

12 h. 15 : Intervention (MM. MERGER, LEJEUNE).

Extraction d'un garçon vivant pesant
3.950 gr.

Suites opératoires légèrement pyrétiques. La femme sort de la Maternité le 18 juillet, en bonne santé.

OBSERVATION N° 8

Mme P... Amélie, I pare, 32 ans.

Dernières règles du 1^{er} au 5 novembre 1932.

Entre à la salle de travail le 26 août 1933, à 13 h.

Examen d'entrée :

— Tête mobile en bas.

— Dos à droite.

— Bruits du cœur ++.

— Dilatation 5 fr. Bassin généralement rétréci.

— Poche des eaux rompue depuis le 22.

— Douleurs très fortes, très rapprochées. 1 spasalgine.

26 août :

17 h. 45 : Dilatation petite paume. Douleurs très violentes. 1 spasalgine. Température : 37°9.

23 h. 15 : On décide l'intervention, la température ayant atteint 38°6.

Extraction d'un fille pesant 3.350 gr. en état de mort apparente (forme bleue), ranimée après 30 minutes de soins.

Suites opératoires normales.

Sortie de la Maternité en bon état le 23 septembre.

OBSERVATION N° 9

Mme C... Ita, I pare, 26 ans.

Entre à la salle de travail le 14 décembre 1933. MM. JEANNIN et MERGER interviennent pour bassin rétréci et membranes rompues depuis quelques heures.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.470 gr.

Au cours de l'intervention : hémorragie très abondante.

Mme C... sort de la Maternité le 30 décembre.

OBSERVATION N° 10

Mme S... Marie, I pare, 28 ans.

Admise à la salle de travail le 10 mai 1934 pour contractions utérines douloureuses.

Examen :

— Bassin généralement rétréci.

— Souffrance fœtale marquée.

— Poche des eaux rompue depuis 8 heures.

On intervient (MM. MERGER, RICHARD). Extraction d'un garçon mort-né pesant 3.650 gr..

La température tombe au 4^e jour, à 37°.

La femme sort de l'hôpital le 13 juin.

Le 16 juin, elle revient dans le service pour température due non à une complication du côté des organes génitaux, mais à une légère bronchite qui cède complètement le 20 juin.

Le lendemain, sortie définitive de la Maternité.

OBSERVATION N° 11

Mme K... Julie, I pare, 40 ans.

Entre à la salle de travail le 12 août 1934.

Le 14, M. MERGER l'opère pour anomalie de la dilatation du col par contraction spasmodique n'ayant pas cédé aux médications anti-spasmodiques. Non progression de la dilatation depuis 24 heures, malgré des contractions utérines de bonne qualité. En travail depuis 48 heures; membranes rompues depuis 33 heures. Bon état général; pas de température.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.300 gr. Bonnes suites opératoires.

La femme quitte le service le 2 septembre 1934.

OBSERVATION N° 12

Mme T... Lucienne, I pare, 24 ans.

Dernières règles : 8 janvier.

Malade transportée de ville après une longue épreuve du travail et application de forceps sans succès le 24 octobre 1934.

L'examen révèle un bassin rétréci.

On décide l'intervention immédiate (MM. MERGER, FORT). Extraction d'un garçon vivant pesant 3.530 gr.

Mme T..., complètement rétablie, sort de la Maternité le 7 novembre.

Une grossesse nouvelle s'étant déclarée en 1935, la femme rentre dans le service le 22 mai 1936. Après une épreuve du travail de 9 heures, on ne constate aucune progression de la dilatation qui se maintient à 2 fr. La tête est haute et n'a pas tendance à descendre.

M. RICHARD intervient : Césarienne itérative. Les péritoines viscéral et pariétal sont adhérents, on tombe immédiatement sur le segment inférieur qui est très aminci, cicatriciel.

Hystérotomie avec extraction d'un garçon vivant pesant 3.250 gr.

Une hémorragie s'étant déclarée après l'extraction, on fait une piqûre d'hypophyse in utéro.

Suture en deux plans du segment inférieur.

On s'aperçoit ensuite que le cul-de-sac péritonéal persiste. On libère au ciseau les bords péritonéaux et on peut faire ainsi une bonne péritonisation du segment inférieur.

Suture de la paroi en 3 plans sans drainage.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION N° 13

Mme T... Renée, I pare, 26 ans.

Nourrie artificiellement.

Régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans 1/2.

Aucun antécédent pathologique.

Dernières règles : 15 avril 1934.

Admise à la salle de travail le 29 janvier 1935, à 2 h. 45, pour contractions utérines douloureuses.

La femme dit avoir perdu les eaux depuis la veille à 20 heures, avoir subi 4 applications de forceps sans succès. A son entrée dans le service, le 29, Mme T... était en travail depuis 32 heures.

L'examen d'entrée montre :

- Une dilatation complète.
- Une tête d'aplomb au détroit supérieur se fixant au moment d'une contraction, mais non engagée, avec une bosse séro-sanguine très volumineuse.
- Le diamètre promonto-sous-publien mesure 10 cm. 8.
- Bonne concavité sacrée.
- La tête débord nettement au palper mensurateur.
- Bruits du cœur bons.
- Température 37°2.
- Pouls bien frappé. Bon état général.

Les bruits du cœur s'accéléraient et le liquide amniotique étant teinté, on décide l'intervention (MM. RICHARD et WEILL). Extraction d'une fille mort-née pesant 3.350 gr.

Mme T... sort le 5 mars en bonne santé, après être restée 37 jours à l'hôpital, la cicatrice suppurant un peu.

En 1936, le 4 janvier, elle revient à la Maternité pour

une nouvelle grossesse. Après une longue épreuve du travail, M. le Professeur JEANNIN lui fit une prise de forceps avec pose de lacs sur un sommet en O.I.D.P. Garçon vivant pesant 3.320 gr.

OBSERVATION N° 14

Mme Le P... Jeanne ,I pare, 34 ans.

Marche à 1 an.

Réglée à 17 ans, régulièrement.

Aucun antécédent pathologique.

Dernières règles : 21 décembre 1934.

Entre à la salle de travail le 4 octobre 1935.

Examen d'entrée à 21 h. 45 :

- Tête mobile se présentant par le front.
- Dos à gauche.
- Bruits du cœur ++.
- Poche des eaux rompue depuis la veille.
- Dilatation 5 fr.
- Contractions utérines très douloureuses.
- Diamètre promonto-sous-pubien : 9 cm. 5.

5 octobre :

1 h. — Contractions sub-intrantes, utérus en forme de sablier. 2 spasalgine.

1 h. 45. — On décide l'intervention (MM. MAURY, WEILL). L'incision du segment inférieur et la suture des lambeaux péritonéaux sont gênées par une forte distension de la vessie. Extraction au forceps de PAJOT d'une fille mort-née, pesant 3.080 gr., qui n'a pu être ranimée. Expression de l'utérus qui contient de nom-

breux caillots. 1 piqûre d'Ergotine. La femme continuant à saigner, on lui fait une transfusion de 400 centicubes.

La femme sort le 15 novembre, complètement rétablie.

OBSERVATION N° 15

Mme R... Suzanne, I Pare, 37 ans.

Dernières règles le 25 mai 1936.

Intervention le 11 mars 1937, par MM. RICHARD et MERGER pour non-progression de la dilatation qui est de 2 fr., non-engagement de la tête, modifications des bruits du cœur. Température à 38°9.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.500 gr.

Suites opératoires légèrement fébriles.

La femme quitte le service le 14 avril.

OBSERVATION N° 16

Mme C... Léontine, I Pare, 32 ans.

Nourrie au sein.

Réglée régulièrement à l'âge de 12 ans.

Aucun antécédent pathologique notable.

Dernières règles : 25 août 1935.

Entre à la salle de travail le 12 juin 1936, est opérée le même jour par M. RICHARD pour : bassin généralement rétréci, gros enfant dont la tête débordait sur le pubis malgré une épreuve du travail. Membranes rompues depuis 4 jours. Température 37°2.

Extraction d'un garçon vivant pesant 4.100 gr.

Suites opératoires excellentes.

Sortie de la Maternité le 3 juillet en bon état.

OBSERVATION N° 17

Mme B... Emilie, III Geste, II Pare, 35 ans.

Nourrie au sein.

Régulièrement réglée à 14 ans.

Aucun antécédent pathologique notable.

Première grossesse en 1929.

Fille mort-née.

Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1931.

Avortement à 5 mois de deux jumeaux pesant 500 gr. chacun.

Suites de couches normales.

Dernières règles le 24 avril 1936.

Entre à la salle de travail le 15 février 1937.

Est opérée le même jour par M. RICHARD pour bassin généralement rétréci, fœtus se présentant par le front, membranes rompues depuis 8 heures, liquide amniotique teinté; température 38°9.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.130 gr.

Suites opératoires : la température de 39°2 le 16 février redescend à 37° à partir du 19.

La malade sort, complètement rétablie, le 8 mars.

OBSERVATION N° 18

Mme C... Rosalie, I Pare, III Geste, 40 ans.

Allaitement artificiel. Marche à 9 mois.

Régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans et demi.

Rhumatisme articulaire à 38 ans.

Un accouchement prématuré à 6 mois et demi de deux jumelles décédées après 48 heures.

Un avortement à 5 mois.

Dernières règles 6-12 février 1938.

Après une grossesse sans accident ni complication, la femme entre dans le service le 9 novembre 1938 puis est admise deux jours après à la salle de travail le 11, après avoir perdu les eaux la veille.

Les examens successifs pratiqués depuis son entrée à l'hôpital donnent :

9 novembre 1938, 11 heures. Tête en bas mobile, dos à droite.

Bruits du cœur ++.

Dilatation 0 fr. 50. Perte des eaux.

15 heures. — Col tendant à s'effacer.

Dilatation 0 fr. 50.

Bruits du cœur ++.

21 h. 15. — Col épais.

Dilatation 50 centimes.

10 novembre 1938. — 7 h. et 9 h. — Même diagnostic que la veille à 21 h. 15.

15 heures. — Col mince; dilatation 1 fr. bruits du cœur ++.

18 h. et 21 h. — Même diagnostic. 1 spasmalgine.

11 novembre 1938. — 8 h., 10 h. — Dilatation 5 fr.
Bruits du cœur ++.

11 h. 45. — Dilatation 5 fr. 1 spasalgine.

17 h., 19 h., 21 h. — Même dilatation. Col œdédié.
Douleurs de 7' en 7'.

22 h 30. — Température 37°1. Bruits du cœur ++.

23 h. 30. — Même dilatation.

Température : 37°5. Pouls : 128.

12 novembre 1938. — 1 h. — Douleurs espacées,
peu fortes.

3 heures. — Température 37°9. Septazine.

4 h. 30. — Depuis une demi-heure : douleurs toutes les 5 minutes.

5 heures. — Malgré ces contractions plus fortes et plus rapprochées, la dilatation n'a pas changé.

Le col reste toujours œdédié.

Bruits du cœur un peu rapides.

Pertes vaginales fétides.

Température : 37°9. 1 spasalgine.

7 heures. — Douleurs toutes les 10 minutes.

Bruits du cœur toujours rapides.

Température : 38°. Pouls 132.

9 h. 45. — Température 38°6. Pouls 140.

11 heures. — Température 38°9. Septazine.

Examinée par M. JEANNIN qui lui trouve une dilatation à 5 fr., mais un col gros et œdédié.

Bruits du cœur ++.

11 h. 30. — Intervention (MM. MERGER, RICHARD).

Aucun incident, mais utérus très friable et liquide amniotique extrêmement fétide.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.280 gr.

Suites opératoires : rapidement apyrétiques.

La femme sort de l'hôpital le 30 novembre en bon état.

OBSERVATION N° 19

Mme V... Suzanne, I Pare, 32 ans.

Nourrie artificiellement.

Marche à 1 an.

Régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans.

Pas d'antécédents pathologiques notables.

Dernières règles du 22 au 25 février 1938.

La femme est admise à la salle de travail le 13 novembre pour contractions utérines douloureuses.

Les examens effectués donnent :

13 novembre 1938. — Traces d'albumine.

20 heures. — Tête en bas mobile. Col effacé.

Dilatation 2 fr.

Poche des eaux rompue. Excès de liquide.

14 novembre 1938. — 4 h. 30. — Dilatation 5 fr.

Douleurs fréquentes. 1 spasme.

Bruits du cœur ++.

8 h. 45. — Température 37°4.

Même dilatation.

14 h. 15. — Dilatation petite paume.

Fortes douleurs très fréquentes.

Bruits du cœur ++.

16 heures. — Même diagnostic.

17 heures. — Température 37°8.

Bruits du cœur ++.

19 heures. — Même dilatation.

22 heures. — Température 37°8.

Même diagnostic.

15 novembre 1938. — 2 heures. — Même diagnostic.

3 heures. — Dilatation grande paume.

4 h. 30. — Même dilatation. Température 37°8.

Bruits du cœur ++.

9 heures. — Intervention (MM. MERGER, HOUSSIN).

Clivage très facile par suite de l'œdème et de la longueur du segment inférieur.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.450 gr.

Suites opératoires : température à 37° le 14^e jour.

La femme sort de l'hôpital le 24 décembre.

OBSERVATION N° 20

Mme D... Marie, I Pare, 38 ans.

Dernières règles : 8 avril 1938.

Entre à la salle de travail le 29 janvier 1939 pour contractions utérines douloureuses.

L'examen montre un bassin rétréci, une poche des eaux rompue depuis 48 heures. Le liquide amniotique est teinté.

Température 38°5.

On intervient à 11 heures (MM. LANTUEJOUL, MERGER). Extraction d'un garçon pesant 2.750 gr. ayant présenté quelques inspirations et quelques battements cardiaques, mais n'ayant pu être ranimé.

Suites opératoires : température le 30 janvier : 39°2; tombe à 37 le troisième jour.

La femme sort de la maternité le 18 février.

OBSERVATION N° 21

Mme B... Anna, I Pare, 27 ans.

Allaitement artificiel.

Marche tardivement.

Régulièrement réglée à l'âge de 15 ans.

Aucun antécédent pathologique.

Dernières règles du 22 au 26 mai.

Admise à la salle de travail le 4 mars.

4 mars 1939. — Bassin plat avec bon sacrum.

Dilatation 0 fr. 50.

Bruits du cœur ++.

5 mars 1939. — 6 h. 30. — Depuis minuit la femme éprouve quelques douleurs.

8 h. 30. — Les douleurs semblent s'espacer.

11 heures. — La tête se fixe davantage et a tendance à descendre un peu.

Dilatation 0 fr. 50.

Bruits du cœur ++.

12 heures. — Dilatation 1 fr.

Tête fixée.

Utérus légèrement contracturé.

Température 37°.

Bruits du cœur ++.

13 h. 30. — Tête paraissant très grosse, nettement au-dessus du détroit supérieur, se fixant au moment des contractions.

Segment inférieur mal formé.

Col épais. Dilatation 2 fr.

Poche des eaux intacte.

Contractions utérines courtes toutes les 5 minutes.

14 h. 45. — Vue par M. MERGER : même diagnostic.

17 heures. — Travail irrégulier, mais utérus souple; entre les contractions.

20 heures. — Dilatation entre 2 et 5 fr.

Poche des eaux intacte.

Bruits du cœur ++.

23 heures. — Les douleurs s'espacent un peu après 1 spasmalgine.

6 mars 1939. — 4 heures. — Depuis une heure les contractions sont à nouveau très douloureuses. L'utérus a tendance à se contracter. 1 spasmalgine.

6 h. 30. — Bruits du cœur rapides.

La présentation a descendu, mais le grand diamètre reste au-dessus du détroit supérieur.

Le segment inférieur est mince.

Dilatation 5 fr.

Poche des eaux intacte.

9 heures. — Aucune progression de la présentation. Même dilatation.

On sent la poche des eaux, mais il s'écoule un liquide jaunâtre qui semble être le liquide amniotique infecté.

Température : 38°2.

11 heures. — Vue par M. JEANNIN qui décide d'intervenir.

12 heures. — Intervention (MM. MERGER, DE LIGNIÈRE).

Opération facile, non hémorragique.

Extraction d'un enfant pesant 3.650 gr., se présentant par le front.

Le soir la température de la malade monte à 40°. Le pouls est très rapide. La femme est agitée.

Le 7 mars 1939, Mme B... est admise à l'isolement.

Température 39°4. Pouls 156.

Tension artérielle : 12-8.

Traitement : sérum hypertonique intra-veineux. Goutte-à-goutte rectal de sérum glucosé adrénaliné (60 gouttes). Huile camphrée deux fois par jour.

15 heures. — Transfusion 300 cc.

1 spasmalgine.

Température 39°6. Pouls 152.

Le 8 mars 1939. — 7 heures. Température 39°9. Pouls 160.

La malade vomit; ses extrémités sont cyanosées.

Etat euphorique.

13 heures. — Pouls 160.

Malade agitée avec intervalles de prostration.

D'heure en heure l'état s'aggrave.

Respiration rapide régulière.

18 heures. — Pouls incomptable.

20 h. 35. — La femme meurt.

CONCLUSIONS

La lecture de ces observations nous permet de dégager les conclusions suivantes au sujet de la césarienne segmentaire avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz :

1° C'est une opération facile. Sa durée est à peine plus longue que la césarienne segmentaire classique, la rapidité de la fermeture regagnant le temps passé à exécuter minutieusement les sutures péritonéales.

2° Aucun shock spécial n'a été constaté.

3° Les incidents ou accidents opératoires sont minimes.

4° Donc dans les cas infectés chez les femmes en travail depuis longtemps avec poche des eaux rompue, parfois tentative d'extraction basse, température au voisinage de 38°, liquide amniotique odorant, cette segmentaire à cul-de-sac offre une chance intermédiaire entre la segmentaire simple et l'opération mutilatrice.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



